



El documento de Summary of Benefits and Coverage (SBC, resumen de beneficios y cobertura) le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC muestra de qué manera usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información acerca del costo de este [plan](#) (llamado “[prima](#)”) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-833-242-3330 o visite at [www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org). Para obtener una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o puede llamar al 1-833-242-3330 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                        | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                               | \$300 por persona/\$600 por familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta cubrir la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro debe cumplir con sus propios <a href="#">deducibles</a> individuales hasta que el monto total de gastos del <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.                                                                                                                       |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de usted cumpla con el <a href="#">deducible</a> ?            | Sí. <a href="#">Atención preventiva dentro de la red</a> y cualquier otro servicio incluido en la SBC que indique “No se aplica el <a href="#">deducible</a> ”.                                                                                                                                                                                         | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso sin haber alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero podría aplicarse un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios de atención preventiva</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios de atención preventiva</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                            | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No tiene que alcanzar un <a href="#">deducible</a> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?    | Para proveedores <a href="#">dentro de la red</a> \$2,000 por persona/\$4,000 por familia; para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> \$3,200 por persona/ \$6,400 por familia. <a href="#">Límite de gastos de bolsillo</a> para medicamentos recetados en farmacias <a href="#">dentro de la red</a> : \$3,600 por persona/\$7,200 por familia. | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es la cantidad máxima que usted pagaría por año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , deben cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ? | Las <a href="#">primas</a> , los cargos por facturación de saldos, la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre y multas por falta de <a href="#">autorización previa</a> .                                                                                                                                                                | Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor dentro de la red</a>?</p>            | <p>Sí. Visite <a href="https://provider.bcbs.com">https://provider.bcbs.com</a> o llame al 1-833-242-3330 para obtener una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a>.</p> | <p>Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a>. Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red del plan</a>. Pagará el monto máximo si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a>, y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que el <a href="#">plan</a> paga (<a href="#">facturación</a> del <a href="#">saldo</a>). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría utilizar algún <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con el <a href="#">proveedor</a> antes de obtener los servicios.</p> |
| <p>¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para ver a un <a href="#">especialista</a>?</p> | <p>No.</p>                                                                                                                                                                            | <p>Puede consultar a cualquier <a href="#">especialista</a> que desee sin necesidad de una <a href="#">remisión</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro son después de que se ha cumplido con su [deducible](#), en el caso de que se aplique un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes                                                                         | Los servicios que podría necesitar                                                                                                                                                                                   | Lo que pagará usted                                                                    |                                                                          | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                      | <a href="#">Proveedor dentro de la red</a><br>(Pagará la cantidad mínima)              | <a href="#">Proveedor fuera de la red</a><br>(Pagará la cantidad máxima) |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si visita la clínica o el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b> | Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                                                                                                                                          | \$15 de <a href="#">copago</a> por visita<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a> | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                          | ---No hay---                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                 | <a href="#">Visitas al especialista</a>                                                                                                                                                                              | \$30 de <a href="#">copago</a> por visita<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a> | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                          | ---No hay---                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunas</a>                                                                                                                                                   | Sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                   | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                          | Podría tener que pagar por los servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su <a href="#">plan</a> . Se pueden aplicar límites de edad y frecuencia. |
| <b>Si se hace una prueba o análisis</b>                                                         | <a href="#">Pruebas diagnósticas</a><br>(radiografías, análisis de sangre)                                                                                                                                           | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                        | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                          | ---No hay---                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                 | Estudios de imágenes (computed tomography scan [CT, tomografía computarizada]/positron emission tomography scan [PET, tomografía por emisión de positrones], magnetic resonance imaging [MRI, resonancia magnética]) | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                        | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                          | ---No hay---                                                                                                                                                                                                                                                                     |

\* \* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en

[www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

| Eventos médicos comunes                                                                                                                                                                                                                      | Los servicios que podría necesitar                       | Lo que pagará usted                                                                                                                                                  |                                                                                          | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                          | <u>Proveedor dentro de la red</u><br>(Pagará la cantidad mínima)                                                                                                     | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará la cantidad máxima)                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Puede encontrar más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> | Medicamentos genéricos                                   | 0% de <a href="#">coseguro</a><br>Farmacias minoristas: \$8 de <a href="#">copago</a> por visita<br>Pedido por correo: \$16 de <a href="#">copago</a> por receta     | Sin cobertura                                                                            | No se aplica el <a href="#">deducible</a> .<br>Límite para farmacias minoristas: suministro para 34 días.<br>Límite para pedido por correo: suministro para 90 días.<br>Paga el <a href="#">copago</a> más la diferencia en costos para medicamentos de marca cuando hay un medicamento genérico disponible. Sin costo para los medicamentos preventivos genéricos requeridos por la Affordable Care Act (ACA, Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio); o para un medicamento preventivo de marca si el medicamento genérico no es medicamento apropiado. Los medicamentos de mantenimiento, después de 3 surtidos, deben recogerse en tienda (solo en CVS) o por pedido por correo. |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Medicamentos de marca preferida                          | 30% de <a href="#">coseguro</a><br>Farmacias minoristas: mínimo de \$25/ máximo de \$50<br>Pedido por correo: mínimo de \$63/ máximo de \$125                        | Sin cobertura                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Medicamentos no preferidos                               | 30% de <a href="#">coseguro</a><br>Farmacias minoristas: mínimo de \$40/máximo de \$80<br>Pedido por correo: mínimo de \$100/máximo de \$200                         | Sin cobertura                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Medicamentos especializados</a>              | 30% de <a href="#">coseguro</a><br>mínimo de \$150/máximo de \$300                                                                                                   | Sin cobertura                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si se somete a cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                    | Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                      | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                                          | Se requiere una certificación previa para ciertas cirugías ambulatorias. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa cuando sea necesario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Honorarios de médicos/cirujanos                          | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                      | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                                 | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>          | \$100 de <a href="#">copago</a> por visita<br>No se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                              | \$100 de <a href="#">copago</a> por visita;<br>no se aplica el <a href="#">deducible</a> | No se aplica el <a href="#">copago</a> si se le admite; incluye estadías de observación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>          | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                      | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                          | Se aplica el <a href="#">deducible</a> primero.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Atención de emergencia</a>                   | \$15 de <a href="#">copago</a> por visita<br>\$30 de <a href="#">copago</a> por visita a un <a href="#">especialista</a> ; no se aplica el <a href="#">deducible</a> | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                                          | El <a href="#">deducible</a> y el <a href="#">coseguro</a> para servicios <a href="#">dentro de la red</a> aplican a los servicios además de las visitas de <a href="#">atención de urgencia</a> (p. ej., análisis de laboratorio, radiografías).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si lo internan en un hospital</b>                                                                                                                                                                                                         | Cargo del centro (p. ej., habitación de hospital)        | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                      | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                                          | Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Eventos médicos comunes                                                                         | Los servicios que podría necesitar                          | Lo que pagará usted                                                                                                                                                                |                                                                  | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                 |                                                             | <u>Proveedor dentro de la red</u><br>(Pagará la cantidad mínima)                                                                                                                   | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará la cantidad máxima)  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                 | Honorarios de médicos/cirujanos                             | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                    | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental o de la conducta, o por uso indebido de sustancias</b> | Servicios ambulatorios                                      | \$15 de <a href="#">copago</a> por visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a> Otros servicios ambulatorios: 20% de <a href="#">coseguro</a>                                 | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  | Se requiere una certificación previa para ciertos servicios ambulatorios. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa cuando sea necesario.                                                                                                                                                |
|                                                                                                 | Servicios para pacientes internados                         | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                    | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  | Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                       | Visitas en el consultorio                                   | Sin cargo para la atención prenatal y posnatal; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                          | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  | Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican para los <a href="#">servicios preventivos</a> o para ciertos servicios prenatales. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> . La atención de maternidad podría incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC. |
|                                                                                                 | Servicios profesionales de parto                            | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                    | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                 | Servicios de centros para el parto                          | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                    | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>    | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                 | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                    | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  | Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                 | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                 | \$30 de <a href="#">copago</a> por visita para terapia física y ocupacional, no se aplica el <a href="#">deducible</a> ; 20% de <a href="#">coseguro</a> para la terapia del habla | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  | ---No hay---                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                 | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                   |                                                                                                                                                                                    |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                 | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>        | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                    | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  | Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                 | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                      | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                    | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  | Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                 | <a href="#">Servicios en centros de cuidados paliativos</a> | 20% de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                    | 25% de <a href="#">coseguro</a>                                  | Se requiere certificación previa. Se rechazará la cobertura si no se obtiene la certificación previa.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                                        | Examen de la vista para niños                               | Sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                                                               | Reembolso de la <a href="#">cantidad autorizada</a> , hasta \$50 | Límite de un examen cada 12 meses. EyeMed administra los beneficios de la vista.                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                 | Anteojos para niños                                         | Sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                                                               | Reembolso de hasta la <a href="#">cantidad autorizada</a>        | Límite de un par cada 12 meses. EyeMed administra los beneficios de la vista.                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                 | Examen dental para niños                                    | Sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a>                                                                                                                               | Sin cargo hasta la <a href="#">cantidad autorizada</a>           | Límite de dos exámenes por año. Delta Dental administra los beneficios dentales.                                                                                                                                                                                                                                  |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) por lo general NO cubre (consulte los documentos de su póliza o [plan](#) para obtener más información y ver una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- |                             |                                   |                                                                                                                                 |
|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Cirugía estética          | • Servicios de enfermería privada | • Programas de pérdida de peso (excepto según lo requiera la Affordable Care Act [ACA, Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio]) |
| • Membresías para gimnasios |                                   |                                                                                                                                 |

**Otros servicios cubiertos (Puede haber limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su [plan](#)).**

- |                                                             |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Acupuntura                                                | • Audífonos (límite de \$1,500 por oído por año para personas de hasta 19 años; \$1,500 por oído por 3 años para personas mayores de 19 años. Administrado por TRUHearing) | • Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de EE. UU. (consulte <a href="http://www.bcbglobalcore.com">www.bcbglobalcore.com</a> ). |
| • Cirugía bariátrica                                        | • Tratamiento de infertilidad                                                                                                                                              | • Atención de la vista de rutina (adultos) (administrado por EyeMed)                                                                                |
| • Atención quiropráctica (20 visitas por año calendario)    | • Atención a largo plazo                                                                                                                                                   | • Atención de rutina de los pies (solo para pacientes con una enfermedad circulatoria sistémica)                                                    |
| • Atención dental (adultos) (administrado por Delta Dental) |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                     |

**Su derecho a continuar con la cobertura:** hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: Employee Benefits Security Administration (EBSA, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador) en el U. S. Department of Labor (DOL, Departamento del Trabajo de EE. UU.): 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Otras opciones de cobertura podrían estar también disponibles para usted, incluso la posibilidad de adquirir una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o apelación:** si tiene un reclamo con respecto a su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#), hay agencias que pueden brindarle ayuda. Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá por una [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también brindan la información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#), por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para recibir asistencia, llame al 1-833-242-3330 o visite [www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org). También, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador) del Department of Labor (Departamento del Trabajo) llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes de seguro médico disponibles a través del Mercado de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario para la prima](#).

### ¿Este plan cumple con el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [valores mínimos estándares](#), usted podría ser elegible para recibir un [crédito tributario para las primas](#) para ayudarlo a pagar el [plan](#) a través del [Mercado de seguros](#).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o del plan en [www.carpentersfund.org](http://www.carpentersfund.org)

## Servicios de acceso al idioma:

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si usted habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Chinese: 请注意：如果您说[中文]，则可以免费使用语言协助服务。请致电 1-844-864-4352 (TTY: 711)。

Hmong: LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais LUS HMOOB, ces yuav muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau tus xov tooj 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói [người việt nam], bạn sẽ được cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Gọi 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Somali: FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid luuqada Soomaaliga, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu helayaa. Soo wac 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Arabic: انتبه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تم توفير خدمات المساعدة اللغوية مجاناً، اتصل بالرقم ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤-١ (TTY: ٧١١).

French: ATTENTION: Si vous parlez le français, des services d'assistance linguistique gratuits, vous sont proposés. Appelez le 1-844-864-4352 (ATS: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Sprachassistent zur Verfügung. Rufen Sie unter der Nummer 1-844-864-4352 (TTY: 711) an.

Amharic: ትኩረት: [አማርኛ] የሚናገሩ ከሆነ ከክፍያ ነፃ የሆነ የቋንቋ እገልግሎት ይገኛል። 1-844-864-4352 (TTY: 711) ላይ ይጻፉ።

Korean: 주의: [한국어]를 사용하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-844-864-4352로 전화해주십시오. (TTY: 711).

Lao: ສົ່ງຄວາມສະຫງົບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Tagalog: PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, libre na available sa iyo ang mga serbisyo sa tulong sa wika. Tumawag sa 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Navajo: Áhéhee': T'áá a'niíł nígíí bizaad yádaaltí'í nisin, yá'át'éehá ánída'á' nisin, ákót'éego bee hółǫ́, bizaad yádaaltí'í nisin dah nishlǫ́, yaaltsoh da t'ááji'ígíí ashkíí. 1-844-864-4352 t'áá baa yáshtí'. (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា [ខ្មែរ] មានផ្តល់សេវាកម្មជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃជូនអ្នក។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-864-4352 (TTY: 711)។

Italian: ATTENZIONE: Per coloro che parlano italiano, sono disponibili i servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare al numero 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Guajarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-844-864-4352 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Polish: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-844-864-4352 (telefon tekstowy: 711).

Creole: ATANSYON: Si ou pale kreyòl, sèvis asistans lang yo gratis, e yo disponib pou ou. Rele nan 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala português, os serviços de assistência linguística, gratuitos, estão disponíveis para você. Ligue 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Japanese: 注記: [日本語] 話者向けの無料の言語支援サービスを利用できます。電話 1-844-864-4352 (TTY: 711)。

Farsi: توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان در دسترس شما است. با شماره ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤-١ تماس بگیرید (TTY: ٧١١).

Urdu: متوجہ ہوں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو زبان کی معاونت کی خدمات، آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ ١٧٠٦-٣٥٢-٨٤٤-١ (TTY: ٧١١) پر کل کریں۔

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-864-4352 (TY: 711) पर कॉल करें।

Telugu: ధ్యానం పెట్టండి: మీరు తెలుగు మాట్లాడగలిగితే, భాషా సహాయక సేవలు మీకు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-844-864-4352 (TTY: 711) కు కాల్ చేయండి.

Swahili: KUMBUKA: Iwapo unazungumza Kiswahili, utapata huduma za usaidizi wa lugha bila malipo. Piga simu kwa 1-844-864-4352 (TTY: 711).

Ojibwe: AMBE: Giishipin wii'wiidookaagoovan ji-noondam Ojibwemowin, ganoozhishinaam 1-844-864-4352 (TTY: 711) Gawain gidaw-diba'anziin.

—————Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.—————

## Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención médica concreta que usted reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) en el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted pagaría en los distintos [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura propia únicamente.

### Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

|                                                              |       |
|--------------------------------------------------------------|-------|
| ■ <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$300 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>    | \$30  |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)             | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                              | 20%   |

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto  
 Servicios de centros para el parto  
[Pruebas diagnósticas](#) (*ultrasonido y análisis de sangre*)  
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

#### En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

| <a href="#">Costos compartidos</a> |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$300          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0            |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,700        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que pagaría Peg es</b> | <b>\$2,060</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien -controlada)

|                                                              |       |
|--------------------------------------------------------------|-------|
| ■ <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$300 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>    | \$30  |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)             | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                              | 20%   |

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [médico de atención primaria](#) (*incluidas sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de la glucosa*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

#### En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

| <a href="#">Costos compartidos</a> |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$300          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,100        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que pagaría Joe es</b> | <b>\$1,720</b> |

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

|                                                              |       |
|--------------------------------------------------------------|-------|
| ■ <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$300 |
| ■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>    | \$30  |
| ■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)             | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                              | 20%   |

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Pruebas diagnósticas](#) (*radiografías*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

#### En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

| <a href="#">Costos compartidos</a> |              |
|------------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$300        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$400        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$200        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |              |
| Límites o exclusiones              | \$0          |
| <b>El total que pagaría Mia es</b> | <b>\$900</b> |

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.

### **Aviso de no discriminación y Aviso de disponibilidad de asistencia y servicios de auxilio**

Independence Administrators cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Tampoco excluye ni trata de forma distinta a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Independence Administrators:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros e información escrita en otros formatos, por ejemplo, en letras grandes.
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés e información escrita en otros idiomas.

Si necesita dichos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles

Si usted cree que Independence Administrators no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de derechos civiles.

A continuación, se describen cuatro maneras de presentar una queja formal ante Independence Administrators:

- por correo: Independence Administrators,  
ATTN: Civil Rights Coordinator, 1900 Market Street, Philadelphia, PA 19103;
- por teléfono: 844-864-4352 (TTY 711);
- por fax: 215-761-0920; o
- por correo electrónico: [IACivilRightsCoordinator@ibxtpa.com](mailto:IACivilRightsCoordinator@ibxtpa.com).

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está aquí para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) a través del portal de quejas digital de la Office for Civil Rights, que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.